

Современная концепция ведения женщин в период перименопаузы

Однажды в жизни каждой женщины неотвратимо наступает новый этап, началом которому является период так называемого менопаузального перехода, или перименопаузы. Этот период ассоциирован с глубокими гормональными изменениями в женском организме, следствием которых закономерно становятся соответствующие изменения внешнего облика, внутреннего самочувствия и состояния здоровья. Начинаясь в перименопаузе изменения затрагивают самые разнообразные стороны бытия женщины – от качества ее повседневной жизни (ухудшение общего самочувствия, нарушения сна, депрессия, тревожность и пр.) до работоспособности, самооценки и сексуальности. Показано, что те или иные клинические симптомы перименопаузы испытывают около 90% женщин. К числу классических перименопаузальных симптомов, беспокоящих большинство женщин и побуждающих их обращаться к гинекологам за медицинской помощью, относятся приливы. При этом примерно для 1/3 женщин в силу своей выраженности и высокой частоты возникновения они представляют очень серьезную проблему (N. Santoro, 2016). Сказывается наступление перименопаузы и на социальной активности: в исследованиях установлено, что примерно половина женщин, вступающих в период перименопаузы, начинают испытывать трудности в выполнении своих обычных рабочих задач (T. Kornehager, F. Guidozzi, 2015), а также отмечают ухудшение концентрации внимания, утомляемость, снижение памяти, депрессию и снижение уверенности в себе. С точки зрения медицинских последствий перименопаузы и менопаузы характеризуются значительным повышением риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, остеопении и остеопороза, различных метаболических нарушений и сахарного диабета 2 типа. Современные клинические подходы к решению связанных с перименопаузой проблем включают гормональную терапию, а также стратегии негормонального лечения и поведенческой психотерапии. При этом подход к ведению каждой пациентки, вступающей в период перименопаузы, должен быть максимально индивидуализированным, учитывать все особенности ее организма и жизненные обстоятельства. Именно в этой клинической ситуации каждый гинеколог получает возможность в полной мере проявить свой профессионализм и раскрыть все грани искусства врачевания, оказав женщине эффективную медицинскую помощь и необходимую психологическую поддержку.

О том, как учесть все ключевые нюансы выбора стратегии ведения женщин в период перименопаузы и помочь им на долгие годы сохранить здоровье и красоту, в рамках своего выступления во время Пленума Ассоциации акушеров-гинекологов Украины и научно-практической конференции с международным участием «Акушерство, гинекология и репродуктология: образование, клиника, наука» (21-22 сентября 2017 г., г. Одесса) рассказала авторитетный отечественный ученый, заслуженный деятель науки и техники Украины, профессор кафедры гинекологии, акушерства и перинатологии факультета последиplomного образования ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины» Зинаида Михайловна Дубоссарская. Предлагаем вниманию читателей обзор этого интересного и, безусловно, очень информативного с практической точки зрения доклада.

— Если рассмотреть жизнь женщины в историческом контексте, то становятся очевидными разительные отличия в реализации репродуктивного потенциала и социальной активности современной женщины в сравнении с жизнью женщины в прошлые века. «Вчера» у среднестатистической женщины происходило лишь около 160 овуляций в течение жизни, она рано вступала в брак, количество беременностей и родов было большим, а количество аборт — минимальным. Кроме того, в традиционной роли хранительницы домашнего очага женский организм функционировал в условиях относительного отсутствия стрессов и, как правило, нескольких длительных (до 3 лет) периодов лактационной аменореи. Сегодня же работающая женщина, напротив, живет в условиях хронического стресса, часто страдает синдромом хронической усталости и переносит около 450 (!) овуляций в течение жизни (так называемая хроническая овуляция). В репродуктивном анамнезе очень многих современных женщин врачи-гинекологи констатируют неоднократное искусственное прерывание беременности, а поздние роды стали отчетливой тенденцией нашего времени во всех развитых странах мира. Поэтому сохранение здоровья женщин сегодня должно быть приоритетной задачей здравоохранения и находиться в центре внимания врачей всех специальностей, но в первую очередь — акушеров-гинекологов.

Население планеты стареет, и количество женщин, вступающих в период менопаузы, с каждым годом увеличивается. По прогнозам Всемирной организации здравоохранения, к 2030 году в мире в периоде менопаузы будут находиться 1,2 млрд женщин. Сегодня уже 90% женщин в мире доживают до возраста наступления менопаузы, а 55% — достигают возраста 75 лет. В настоящее время в развитых странах мира женщины в период постменопаузы и менопаузы составляют значительную часть работающих лиц, и это значит, что от состояния их здоровья во многом зависит реализация трудового и экономического потенциала каждой страны.

Весьма точным предиктором возраста наступления менопаузы у конкретной женщины является уровень антимюллерова гормона (АМГ). Авторы многоцентрового клинического исследования (F.R. Tehrani, 2010) разработали статистическую модель, с помощью которой в зависимости от уровня АМГ можно предположить возраст наступления менопаузы у женщин начиная с 20 лет. В большинстве случаев с помощью этой модели, основанной на анализе уровня АМГ, возраст менопаузы был спрогнозирован с точностью в пределах $\pm 3-4$ мес. Данная модель позволяет гинекологам и репродуктологам правильно сориентировать своих пациенток в отношении сроков возможной реализации их репродуктивных планов.

К сожалению, менопаузальный период без негативных последствий и осложнений переживают всего 10% женщин. Кроме того, актуальной проблемой современной гинекологии остается ранняя и преждевременная менопауза. Если в Европе

средний возраст наступления менопаузы составляет 52 года, то в Украине — 48 лет. При этом примерно у 20% женщин менопауза наступает в возрасте до 45 лет, а у 8% — до 40 лет. Установлено, что у молодых женщин после овариоэктомии и с преждевременной менопаузой в 5 раз возрастает риск сердечно-сосудистых заболеваний, которые, как известно, занимают первое место в структуре общей смертности населения развитых стран. Поэтому сегодня как никогда важна роль врачей-гинекологов в профилактике осложнений, связанных с наступлением менопаузального периода, и адекватной терапевтической коррекции его клинических проявлений.

В период климактерия у женщин отмечаются определенные изменения личности, такие как раздражительность, плаксивость, неустойчивость настроения, быстрая утомляемость, снижение работоспособности и ощущение внутреннего напряжения. Эти проявления доставляют женщинам значительный психологический дискомфорт, и поэтому в идеале ведение таких пациенток должно осуществляться междисциплинарной командой с участием гинеколога, невропатолога и психотерапевта. Это подразумевает как медикаментозную, так и немедикаментозную терапию. Комплексное лечение и психологическая коррекция позволяют уменьшить выраженность указанной симптоматики и значительно улучшить качество жизни женщины и ее социальную деятельность. Следует отметить, что важная роль в коррекции нежелательных симптомов со стороны центральной нервной системы (в том числе — когнитивных нарушений) принадлежит восполнению дефицита эстрогенов. Известно, что эстрогены обладают нейропротективным действием, которое они оказывают за счет как геномного, так и негеномного эффекта. Геномный эффект эстрогенов реализуется через эстрогенные рецепторы нейронов и глиальных клеток, а также модуляцию активности холинергических нейронов гиппокампа. Негеномный, «быстрый» эффект эстрогенов опосредован активацией митоген-активированных протеинкиназ. Зная о тесной взаимосвязи между уровнем эстрогенов и состоянием когнитивных функций, врачи сегодня могут не только эффективно корректировать негативные проявления менопаузы, но и способствовать поддержанию интеллектуальных возможностей женщины.

Ведение пациенток в период менопаузы подразумевает целый комплекс различных мероприятий. В первую очередь, это поддержание достаточной физической активности, сбалансированное питание и регулярное врачебное наблюдение, а также терапия основного заболевания. Лечебная тактика также включает решение вопроса о назначении гормональной либо альтернативной терапии с индивидуальным выбором ее режима, длительности и объема. Необходимо четко понимать, что заместительная гормональная терапия назначается женщинам с хирургической менопаузой, а у женщин с интактными яичниками и маткой проводится так называемая менопаузальная гормональная терапия (МГТ). При принятии решения о начале МГТ необходимо соблюдать терапевтическое окно (48-49 лет) и помнить о том, что ее максимальная продолжительность не должна превышать 10 лет.

Конкретные алгоритмы для врачей-гинекологов содержатся в действующем Национальном консенсусе по ведению пациенток в климактерии (2016), разработанном коллективом авторов под руководством члена-корреспондента НАМН Украины, профессора Татьяны Феофановны Татарчук. В этом документе подчеркивается, что на фоне возрастных изменений организма женщины происходят инволютивные процессы в репродуктивной системе, которые проявляются постепенным снижением и «выключением» функции яичников, прекращением репродуктивной и менструальной функции и сексуальной дисфункцией.



З.М. Дубоссарская

! Согласно консенсусу, диагностика перименопаузы и менопаузы не требует проведения дополнительных лабораторных гормональных исследований у большинства здоровых женщин старше 45 лет при наличии следующих признаков:

- в перименопаузе — вазомоторные симптомы на фоне нерегулярных менструаций;
- в постменопаузе — отсутствие менструации на протяжении последних 12 мес (без использования гормональной контрацепции) или появление климактерических симптомов после гистерэктомии.

Уровень фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) в сыворотке крови определяется для диагностики менопаузы у женщин в возрасте от 40 до 45 лет с наличием соответствующих симптомов (в том числе — нерегулярных менструаций), а также у женщин в возрасте до 40 лет с подозрением на преждевременную недостаточность яичника (ПНЯ). Следует уточнить, что нормальный уровень ФСГ и эстрадиола при однократном определении не исключает наступление перименопаузы, поскольку уровень гормонов в этот период очень вариабельный. Диагноз ПНЯ подтверждается при повышенном уровне ФСГ и низком уровне эстрадиола по меньшей мере в 2 исследованиях с интервалом 4-6 недель.

Для диагностики менопаузы у женщин, которые используют комбинированные оральные контрацептивы или прогестагены в высоких дозах с лечебной целью, определение уровня ФСГ в сыворотке крови не целесообразно. Единственный способ определить период климактерия у женщин, которые применяют комбинированные оральные контрацептивы — прекратить прием препарата. Для диагностики перименопаузы или менопаузы у женщин старше 45 лет также нет необходимости в проведении таких лабораторных исследований, как определение уровня АМГ, ингибинов А и В, эстрадиола и ультразвуковых маркеров (количество антральных фолликулов, объем яичника).

Цель МГТ заключается в том, чтобы частично компенсировать сниженную функцию яичников при дефиците половых гормонов, используя оптимальные минимальные дозы гормональных препаратов, которые улучшают общее состояние женщины, обеспечивают профилактику поздних обменных нарушений, остеопении и остеопороза и не вызывают значимых побочных реакций. Индивидуализация МГТ подразумевает дифференцированный подбор гормональных препаратов с учетом состояния здоровья женщины и имеющихся у нее сопутствующих заболеваний, а также режима их приема (типа, дозы, пути введения). Каждый препарат для МГТ имеет свою терапевтическую нишу и свой профиль безопасности, и максимальная индивидуализация подхода к их назначению должна стать профессиональным кредо гинекологов при лечении этого контингента женщин.

Рассмотрим основные режимы МГТ и те клинические ситуации, в которых целесообразно их назначение.

Режим МГТ-1. Монотерапия эстрогенами или прогестагенами

- Монотерапия эстрогенами трансдермально или перорально назначается женщинам после тотальной гистерэктомии.
- Монотерапия прогестагенами назначается в фазе менопаузального перехода или в перименопаузе для регуляции менструального цикла и лечения гиперплазии эндометрия (используется внутриматочная система с левоноргестерелом).

Режим МГТ-2. Комбинированная терапия (эстрогены с прогестагенами) в циклическом режиме

При интактной матке в фазе менопаузального перехода или в перименопаузе назначаются:

- двухфазные пероральные препараты в непрерывном или циклическом режиме;
- трансдермальный гель с эстрогенами на протяжении 4 недель с обязательным назначением прогестагенов в течение последних 12-14 дней в циклическом режиме.

NB! Необходимо информировать женщину о том, что препараты для МГТ не обладают контрацептивным эффектом — это важно для предупреждения наступления нежелательной беременности в позднем репродуктивном возрасте.

Режим МГТ-3. Монофазная комбинированная терапия (эстрогены с прогестагенами) в непрерывном режиме

- Женщинам с интактной маткой в постменопаузе или после субтотальной гистерэктомии и при гистерэктомии по причине эндометриоза назначают только монофазные комбинированные низкодозированные и пероральные препараты в непрерывном режиме.
- При использовании эстрогенов трансдермально (гель) дополнительно назначают прогестагены в непрерывном режиме в сниженной дозе — для того, чтобы не оказывать нежелательного воздействия на органы-мишени.

Конечно же, врачу всегда необходимо помнить о наличии четких противопоказаний к назначению МГТ. Абсолютными противопоказаниями к МГТ являются:

- кровотечения из половых путей неясного генеза;
- рак молочной железы и рак эндометрия;
- острый гепатит;
- острый тромбоз глубоких вен;
- нелеченные опухоли половых органов и молочных желез;
- непереносимость компонентов препарата;
- кожная порфирия.

К относительным противопоказаниям к проведению МГТ относятся лейомиома матки, эндометриоз, мигрень, венозный тромбоз или тромбоз эмболия в анамнезе, семейная гипертриглицеридемия, желчнокаменная болезнь, эпилепсия, рак яичника в анамнезе. Кроме того, гинекологам необходимо помнить о возможном наличии у пациентки таких клинических проблем, как наследственная тромбофилия и приобретенный антифосфолипидный синдром, при которых гормональная терапия также категорически противопоказана ввиду высокого риска тромботических осложнений.

Альтернативным для женщин, которым противопоказана МГТ, может стать назначение средств, содержащих фитоэстрогены и вещества, способствующие поддержанию синтеза собственных эстрогенов.

В этом контексте особого внимания, безусловно, заслуживает сбалансированный комплекс витаминов, минералов и флавоноидов Менопейс Ориджинал, который может использоваться с целью негормональной коррекции происходящих в климактерии изменений гормонального баланса и их клинических проявлений, особенно беспокоящих женщин. К ним прежде всего относятся приливы, нарушения сна, повышенное потоотделение, сердцебиение, эмоциональная лабильность, тревожность и пр. Кроме того, для большинства женщин ухудшение состояния кожи и появление глубоких морщин субъективно являются более тревожным признаком климактерии, чем нарушения менструального цикла. Обеспечивая организм необходимыми витаминами, минералами и фитоэстрогенами (соевые изофлавоны), Менопейс Ориджинал способствует поддержанию гормонального и сексуального здоровья, красоты кожи и физической активности женщин, вступающих в период менопаузы.

Менопейс Ориджинал содержит 12 витаминов и 9 минералов, а также фитоэстрогены — соевые изофлавоны (таблица).

Таблица. Состав комбинированного комплекса Менопейс Ориджинал	
Активный ингредиент	Содержание в одной таблетке
Витамин А	750 мкг
Витамин D ₃	5 мкг
Витамин Е	10 мг
Витамин В ₁	1,4 мг
Витамин В ₂	1,6 мг
Витамин В ₆	2 мг
Витамин В ₁₂	2 мкг
Фолатин (фолиевая кислота)	200 мкг
Биотин	30 мкг
Ниацин (витамин В ₃)	18 мг
Витамин С	45 мг
Пантотеновая кислота	6 мг
Железо	9 мг
Цинк	15 мг
Магний	100 мг
Марганец	2 мг
Йод	150 мкг
Медь	1 мг
Хром	25 мкг
Селен	50 мкг
Бор	1 мг
Экстракт соевых изофлавонов	50 мг

В той ситуации, когда дефицит эстрогенов нельзя компенсировать путем назначения МГТ, прием такой комбинации фитоэстрогенов с витаминами и минералами, способствующей синтезу собственных эстрогенов, представляется оптимальным выбором.

Согласно современным представлениям, применение только фитоэстрогенов не позволяет решить проблемы, связанные с симптоматикой менопаузы. Это связано с тем, что фитоэстрогены не являются полностью конгруэнтными к рецепторам эстрогенов. Вследствие этого им лишь иногда удается сыграть роль эстрогенов, и они проявляют в несколько сотен раз меньшую активность, чем собственные, эндогенные эстрогены. Поэтому необходимо своевременно принимать профилактические меры, направленные на сохранение синтеза собственных эстрогенов (здоровый образ жизни, профилактика абортов, рациональное применение гормональных препаратов при различных нарушениях менструального цикла и пр.), а назначая фитоэстрогены, комбинировать их с веществами, способствующими стимуляции эндогенного синтеза этих гормонов. В частности, в составе комплекса Менопейс Ориджинал таким уникальным компонентом является бор (1 мг), который регулирует метаболизм эстрогенов и поддерживает положительный кальциевый баланс. Сочетание в составе

комплекса Менопейс Ориджинал весьма целесообразной с точки зрения фармакологии комбинации магния и витамина В₆ способствует поддержанию нормального функционирования нервной и сердечно-сосудистой систем. Прием комплекса Менопейс Ориджинал способствует и улучшению состояния кожи, волос и ногтей, поскольку в его состав входит биотин и витамин С.

«Женщина молода до тех пор, пока ее любят». Этой прекрасной цитатой Юстава Флора Зинаида Михайловна Дубоссарская завершила свое выступление. Со словами классика французской литературы сложно не согласиться, как, впрочем, и с тем, что сегодня в арсенале врачей-гинекологов есть достаточное количество эффективных медикаментозных и немедикаментозных средств для того, чтобы прекрасное время любви и красоты в жизни каждой женщины длилось как можно дольше. Давайте же попробуем подарить всем женщинам, вступающим в период перименопаузы, здоровье, хорошее настроение и уверенность в своей привлекательности! Ведь когда у женщины все это есть — ее невозможно не любить...

Подготовила Елена Терещенко





Менопейс

ОРИДЖИНАЛ

ПОТРІЙНА ФОРМУЛА

з фітоестрогенами, бором, вітамінами та мінералами



- при припливах
- при бурі емоцій
- при перепадах тиску
- при поганому сні

